



Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà
(art. 47 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. di _____) il _____ C.F. _____

e residente in _____ (prov. di _____) C.A.P. _____

Via _____ n. _____ Tel. _____

consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445

dichiara

- di essere _____ del/della Sig./Sig.ra _____;
- che il Sig./Sig.ra _____ è impossibilitato/a a sottoscrivere la richiesta di documentazione sanitaria e di delega al ritiro della stessa.

Si allega:

- copia del proprio documento d'identità e del Sig./Sig.ra _____;
- la richiesta di documentazione sanitaria a nome del Sig./Sig.ra _____ da me sottoscritta.

Luogo e data

Firma per esteso del dichiarante

Tutti i dati forniti con la presente dichiarazione saranno trattati per l'istruzione del procedimento amministrativo. Il trattamento dei dati personali avverrà mediante strumenti manuali ed informatici con logiche strettamente correlate alle finalità stesse.